

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/317078367>

## Evaluación de indicadores de seguridad tras la puesta en marcha de un proyecto de cambio. Creando cultura de seguridad [Evaluation of safety indicators following the implementation...

Poster · October 2016

DOI: 10.13140/RG.2.2.17905.07520

CITATIONS

0

READS

28

6 authors, including:



[Luis Arantón Areosa](#)

Servicio Gallego de Salud

100 PUBLICATIONS 35 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



[JM Rumbo-Prieto](#)

Conselleria de Sanidade

149 PUBLICATIONS 54 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Práctica clínica basada en la evidencia en el deterioro de la integridad cutánea, úlceras y heridas [Evidence-based clinical practice on impaired skin and tissue integrity, ulcers and wounds] [View project](#)



Implementation research [View project](#)



## EVALUACIÓN DE INDICADORES DE SEGURIDAD TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE UN PROYECTO DE CAMBIO. CREANDO CULTURA DE SEGURIDAD

### ⇒ INTRODUCCIÓN

AR-04	Está implantado un protocolo de revisión sistemática de los carros de paradas	NO CUMPLE
AR-05	Se dispone de mobiliario con sistemas de seguridad y de contención para prevenir las lesiones de los pacientes	NO CUMPLE
AR-07	Se controlan las caducidades del material fungible y fármacos que se almacenan en las unidades	NO CUMPLE
PR-03	Está implantado un sistema de notificación y análisis de eventos adversos/incidentes, anónimo, no punitivo y ágil	NO CUMPLE
PR-04	Está implantado un protocolo de cuidados a pacientes pasivos	NO CUMPLE
PR-05	Está implantado un protocolo de información a pacientes y familias con implicación en los cuidados sobre los riesgos sanitarios	NO CUMPLE
PR-06	Está implantado un protocolo de calidad de historias clínicas que refleje los aspectos relacionados con la seguridad de pacientes	NO CUMPLE
PR-07	Está implantado un protocolo de administración y registro de la medicación con control y seguimiento especial de la medicación de alto riesgo	NO CUMPLE
PR-08	Está implantado un protocolo para el manejo del paciente con dolor	NO CUMPLE
PR-14	Está implantado un protocolo de seguridad del paciente quirúrgico y/o sometido a procesos invasivos intervencionista	NO CUMPLE
PR-15	Está implantado un protocolo de actuación para las situaciones emergentes graves de los pacientes	NO CUMPLE
PR-19	Está implantado un protocolo para la identificación y conciliación de tratamientos previos de los pacientes	NO CUMPLE
PR-20	Está implantado un protocolo de necesidades de cuidados al alta	NO CUMPLE

Se realizaron 11 reuniones

Dirección/Calidad/Formación/Responsables Servicios y Unidades:

- Analizar, consensuar, priorizar objetivos
- Definir estrategia para mejorar la seguridad de pacientes
- Implantar cultura de la seguridad y calidad entre profesionales

Se crea el COTSE (CONSELLO TÉCNICO SANITARIO DE ENFERMARÍA)

VISIÓN COTSE:

Alcanzar en nuestra Área Sanitaria una asistencia de enfermería eficaz, eficiente y efectiva, basada en la evidencia y en la mejora continua de la calidad bajo el marco de la gestión integrada y la continuidad de los cuidados.

### ⇒ OBJETIVOS

- Establecer y desarrollar actividades en el ámbito de los CUIDADOS para conseguir una Calidad Asistencial óptima en el Área Sanitaria de Ferrol.
- Mejorar la Seguridad del paciente, situándolo como centro del sistema.
- Evaluar la implantación y seguimiento de las acciones de mejora establecidas

### ⇒ MÉTODOLÓGÍA

- Estudio descriptivo, transversal de 48 meses de duración.
- Análisis de la totalidad de los registros de la Hª Clínica electrónica mediante SQL
- Auditorías observacionales de cumplimiento de indicadores no informatizados.
  - Pulseras identificación
  - Uso seguro medicamentos de riesgo
  - Carros de parada...

### ⇒ RESULTADOS

Mes	Límite aceptabilidad:		70%	80%	95%			
CÓDIGO	NOMBRE	Escala de Braden Adultos	EVA	Pacientes con vías centrales	Pacientes con vías periféricas	Riesgo de caídas	Úlceras por presión	Valoración dolor
E010	U.ENF.PRIMERA PLANTA PEDIATRÍA		0,49%		27,28%	0,24%		0,41%
E015	U.ENF.UVI PEDIATRICA		1,94%	19,90%	68,93%	0,49%	1,46%	
E016	U.ENF.PREMATUROS				6,41%			
E023	U.ENF.UCI ADULTOS							
E024	U.ENF.SEGUNDA PLANTA DERECHA PARTOS				0,62%			
E031	U.ENF.TERCERA PLANTA DERECHA TOCO/PEDIATRÍA	0,22%	64,43%		35,60%	54,47%		44,37%
E032	U.ENF.TERCERA PLANTA IZQUIERDA URO/ORL	71,26%	74,70%	0,05%	46,92%	73,15%	1,89%	11,05%
E041	U.ENF.CUARTA PLANTA IZQUIERDA CIRUGÍA	0,19%	0,69%	0,14%	14,40%	5,01%	0,25%	0,44%
E042	U.ENF.CUARTA PLANTA DERECHA GINECOLOGÍA	3,62%	2,92%	0,11%	10,80%	33,38%	0,38%	3,11%
E052	U.ENF.QUINTA PLANTA IZQUIERDA NEUROLOGÍA	35,45%	22,47%	0,26%	41,01%	34,74%	1,35%	18,57%
E053	U.ENF.QUINTA PLANTA DERECHA TRAUMATOLOGÍA	8,25%	10,87%	0,12%	25,40%	33,90%	0,69%	5,95%
E062	U.ENF.SEXTA PLANTA M.INTERNA 6ª	4,81%	16,75%	0,56%	34,43%	30,05%	3,10%	11,27%
E073	U.ENF.SÉPTIMA PLANTA M.INTERNA 7ª	3,28%	3,99%		5,66%	21,97%	0,42%	7,48%
EB01	U.ENF.NAVAL BAJO B PSIQUIATRÍA	1,02%	0,34%		0,85%	15,96%		6,66%
EB11	U.ENF.NAVAL PRIMERA B PALIATIVOS	26,43%	29,62%	2,55%	36,31%	25,48%	13,38%	13,80%
EB21	U.ENF.NAVAL SEGUNDA B M. INTERNA 2ª							
EB31	U.ENF.NAVAL TERCERA B M. INTERNA 3ª	35,69%	28,95%		41,32%	37,37%	9,72%	8,61%
EHAD	U.ENF.NAVAL HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO	12,79%			3,49%		8,14%	

- Incidencia de UPP.- 2,5%
- % Valoración Riesgo UPP.- 97,8%
- % Pacientes con Riesgo de UPP y aplicación de cuidados.- 83,8%
- % Pacientes con Valoración Riesgo de Caídas.- 98,2%
- % Pacientes con Riesgo de Caídas y aplicación de cuidados.- 87,4%
- Tasa de Incidencia de Caídas.- 1,49%
- % Pacientes con EVA medida.- 95,5%
- % Altas Conecta 72.- 43,4%
- % Pacientes identificados con pulsera (incluida Urgencias y Observación de Urgencias.- 100%
- Tasa de estandarización de Carros de Parada en toda el Área Sanitaria.- 100% (48 Carros de Parada)
- Tasa de revisiones mensuales de botiquines de unidad en el CHUF.- 100% (540 revisiones a 45 botiquines - 0 CADUCIDADES)

### ⇒ CONCLUSIONES

1. La cultura de seguridad se encuentra implantada entre los profesionales del CHUF
2. Los resultados obtenidos nos permiten afirmar que el CHUF presta una atención sanitaria de calidad
3. Los resultados obtenidos demuestran que la sistemática de trabajo y estrategias definidas se pueden catalogar como acertadas
4. Una vez cumplidos estos objetivos seguiremos implementando nuevas medidas de mejora y ampliación del alcance conseguido en busca de la mejora continua



## Datos de la comunicación

---

ID	Título
325	EVALUACIÓN DE INDICADORES DE SEGURIDAD TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE UN PROYECTO DE CAMBIO. CREANDO CULTURA DE SEGURIDAD

### Justificación

A finales de 2010, se realiza en nuestro Complejo Hospitalario (CHUF) una auditoría de indicadores SENECA 100 que nos permitió medir nuestra realidad respecto de la seguridad de pacientes. En 2011 se llevan a cabo un total de 11 reuniones Dirección/Calidad/Formación/Responsables Servicios y Unidades con el fin de analizar, consensuar, priorizar objetivos y definir una estrategia que nos permitiera mejorar la seguridad de nuestros pacientes e implantar al tiempo una cultura de la seguridad y la calidad entre nuestros profesionales sanitarios (Brainstorming). En 2012 se fijan como prioritarias las siguientes áreas de mejora: Identificación de pacientes Registros escritos de cuidados preventivos en pacientes con riesgo de UPP (escala de Braden) Registros en historia electrónica de pacientes con UPP Registros escritos de cuidados preventivos en pacientes con riesgo medio/alto de caídas (escala de Downton) Registros en historia electrónica de caídas Medición y registro del dolor con escala EVA Estandarización de carros de parada Revisiones preventivas de caducidades de fármacos Prescripción y administración segura de CIK Estandarización de actuación ante parada cardiorrespiratoria.

### Objetivos

Evaluar la implantación y seguimiento de las acciones de mejora implantadas en el CHUF. Difundir nuestra CHUF a otras organizaciones

### Material y métodos / Descripción de la Experiencia

Estudio descriptivo, transversal de 48 meses de duración. Análisis de la totalidad de registros informatizados existentes en la historia clínica electrónica (mediante SQLs) Auditorías observacionales de cumplimiento de indicadores no informatizados (pulseras identificación, uso seguro de medicamentos, estado de carros de parada...)

### Resultados / Conclusión

Tras tres años de implantación del programa hemos conseguido los siguientes indicadores de cumplimiento sobre estancias clínicas (Diciembre 2015): Incidencia de UPP.- 2,5% % Valoración Riesgo UPP.- 97,8% % Pacientes con Riesgo de UPP y aplicación de cuidados.- 83,8% % Pacientes con Valoración Riesgo de Caídas.- 98,2% % Pacientes con Riesgo de Caídas y aplicación de cuidados.- 87,4% Tasa de Incidencia de Caídas.- 1,49‰ % Pacientes con EVA medida.- 95,5% % Altas Conecta72.- 43,4% % Pacientes identificados con pulsera (incluida Urgencias y Observación de Urgencias.- 100% Tasa de estandarización de Carros de Parada en toda el Área Sanitaria.- 100% (48 Carros de Parada Tasa de revisiones mensuales de botiquines de unidad en el CHUF.- 100% (540 revisiones a 45 botiquines)